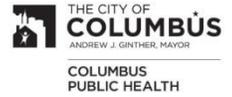


# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE SALUD SUPLEMENTARIOS EN LA ESCUELA 2016-2017

Las Escuelas de la Ciudad de Columbus (Columbus City Schools, CCS) colaboran con muchas agencias comunitarias como: Salud Pública de Columbus (Columbus Public Health, CPH), Nationwide Children's Hospital (NCH) y OhioHealth para ofrecer servicios de salud suplementarios en la escuela. Nuestro objetivo es mejorar la salud y el bienestar de los estudiantes para que puedan aprovechar al máximo la educación que se imparte en las escuelas. Este formulario individual reemplaza a muchos de los distintos formularios necesarios para prestarle estos servicios a su hijo. Los servicios de salud que ofrecemos prestan atención médica de calidad en un entorno escolar amable y familiar a la hora que mejor convenga al estudiante y su familia. Nuestra intención NO es reemplazar la atención que recibe de los proveedores médicos habituales. **Los servicios de emergencia y de enfermería escolar seguirán ofreciéndose de la forma habitual tanto si decide participar en estos servicios adicionales como si no.** Algunos de los servicios suplementarios podrían no estar disponibles en todos los centros escolares de CCS (dirija a la enfermera de su escuela las preguntas que tenga sobre la disponibilidad del servicio). **La información contenida en este formulario de consentimiento se compartirá confidencialmente con los proveedores médicos que se indican a la derecha.** →



## Datos del estudiante (escribir todos los datos con tinta)

Nombre del paciente/estudiante (nombre, segundo nombre, apellido)

Nombre del padre/tutor (si el paciente/estudiante es menor de 18 años)

Calle Ciudad <sup>OH</sup> Estado Código postal

( ) Código de área Núm. de teléfono Fecha de nacimiento del estudiante (mes-día-año) Grado Nombre de la escuela

Sexo:  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_ Etnia: Hispano/Latino (marque uno)  Sí  No

Raza: Por favor, marque **todas las que correspondan** a su hijo:

Indio americano/nativo de Alaska  Blanco  Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico  
 Negro o afroamericano  Asiático  Otro: \_\_\_\_\_

Primer idioma del estudiante:  Inglés  Español  Somalí  Nepalí  Otro: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para recibir tratamiento o servicios de salud

Doy mi consentimiento para permitir que los proveedores que participen en los servicios de salud complementarios en la escuela presten **los siguientes** servicios/tratamiento a mi hijo: (marque todos los servicios que desee que se presten a su hijo)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atención y tratamiento de lesiones/enfermedad   | <input type="checkbox"/> Examen dental y aplicación de selladores (también incluye una comprobación de los selladores el ciclo escolar siguiente y una reaplicación, de ser necesario) |
| <input type="checkbox"/> Reconocimientos médicos (rutinarios o deportivos)   | <input type="checkbox"/> Asesoramiento para prevenir el consumo de sustancias estupefacientes  |
| <input type="checkbox"/> Vacuna de la influenza (gripe)  | <input type="checkbox"/> Asesoramiento en salud mental/conductual  |
| <input type="checkbox"/> Vacuna antimeningocócica (MCV4) (obligatoria para los grados 7 y 12)  | <input type="checkbox"/> Pruebas de embarazo   |
| <input type="checkbox"/> Vacuna Tdpa (obligatoria para el 7.º grado)   | <input type="checkbox"/> Métodos anticonceptivos   |
| <input type="checkbox"/> Otras vacunas (correspondientes a la edad, conformes al programa de vacunación de la Academia Americana de Pediatría) | <input type="checkbox"/> Pruebas y tratamiento de enfermedades/infecciones de transmisión sexual (ETS/ITS)   |

Al firmar este **Consentimiento para recibir tratamiento o servicios de salud**, acepto los términos y condiciones de la **Autorización para divulgar información** y la **Asignación de beneficios del seguro** como se explica en la página 2 de este formulario de consentimiento. También confirmo que he recibido la información sobre cómo obtener el **Aviso de prácticas de privacidad**, como se explica en este consentimiento. He recibido y entiendo los servicios disponibles como se describen en la hoja de **Información para padres y estudiantes sobre los servicios de salud suplementarios en la escuela**, que se adjunta por separado.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta del padre/madre/tutor Firma del padre/madre/tutor legal Fecha Teléfono

Parentesco con el estudiante:  Madre  Padre  Tutor legal  
 O-

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta del estudiante (paciente) Firma del estudiante (paciente) (si tiene 18 años de edad o más) Fecha Teléfono

\*Toda referencia a 'mi hijo' se refiere 'a mí mismo' una vez que el menor de edad cumple 18 años de edad



**Consentimiento para servicios, continuación:**

Entiendo que será notificado de cualquier servicio que mi hijo reciba, así como de cualquier resultado anormal y/o recomendaciones de tratamiento adicional. Entiendo que debo contactar con la enfermera escolar si tengo preguntas sobre las instrucciones o los cuidados de seguimiento necesarios. Para los servicios prestados por NCH, entiendo que debo llamar al número de teléfono que aparece en el Resumen de la consulta que mi hijo llevará a casa. Entiendo que este consentimiento será válido durante los 12 meses del ciclo académico 2016-2017, a menos que yo lo revoque. **Puedo revocar este consentimiento para recibir tratamiento en cualquier momento solicitando por escrito que mi hijo deje de recibir los servicios de salud suplementarios en la escuela.** He recibido la hoja de *Información para padres y estudiantes sobre los servicios de salud suplementarios en la escuela*, en la cual se indican las agencias que prestan estos servicios, y entiendo los servicios disponibles. Es mi responsabilidad informar a la enfermera de la escuela de todos los cambios o novedades en los problemas médicos de mi hijo, su cartilla de vacunación, los medicamentos que tome o la cobertura de su seguro médico.

**Prácticas de privacidad y Autorización para divulgar información**

**Reconocimiento del Aviso de las prácticas de privacidad:** He sido informado de que puedo pedir una copia de los formularios del Aviso de prácticas de privacidad de CPH, NCH y OhioHealth en cualquier centro escolar de CCS. También sé que puedo verlos en línea, en <http://columbus.gov/schoolbasedhealthservices/> También hay copias del formulario de consentimiento en la escuela de mi hijo y formularios en blanco en línea, en <http://columbus.gov/schoolbasedhealthservices/>

**Autorización para divulgar información:** Por la presente autorizo a CPH, NCH y/u OhioHealth para que intercambie información con la enfermera de la escuela de CCS, el orientador escolar y/o el trabajador social de la escuela con el propósito exclusivo de proporcionar tratamiento o coordinar la atención. Las vacunas que se administren se registrarán en el sistema estatal de información sobre vacunas (*Ohio ImpactSIIS*). La divulgación de información sobre el consumo abusivo de alcohol y drogas está protegida por las Normas de Confidencialidad Federales (parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales) sin el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según se permita. Las normas federales también restringen todo uso de la información para investigar o juzgar penalmente a cualquier paciente bajo tratamiento por el consumo abusivo de alcohol o drogas (sección 21809 del Título 52 de los Reglamentos Federales, 9 de junio de 1987: sección 41997 del Título 52 de los Reglamentos Federales, 2 de noviembre de 1987). Los servicios de salud suplementarios en la escuela pueden utilizar los expedientes médicos del estudiante para evaluar la calidad de la atención proporcionada y la efectividad de la oferta de estos servicios. El expediente de mi hijo está protegido y sólo pueden acceder al mismo usuarios autorizados con acceso restringido. Entiendo que esta autorización será válida durante los 12 meses del ciclo académico 2016-2017, a menos que yo la revoque. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación por escrito de mi intención de revocar los servicios de salud suplementarios en la escuela.

**Información del seguro:** Siempre que sea posible, se facturará a las compañías aseguradoras u a otros programas de cobertura médica para ayudar a cubrir los costos de la atención. Algunos servicios de salud suplementarios en la escuela se ofrecen sin costo a las familias independientemente de que el estudiante tenga seguro o capacidad para pagarlos. Concedo a CPH, NCH y OhioHealth el derecho de presentar reclamaciones para obtener el reembolso de cualquier póliza de seguro médico privado, Medicare, Medicaid u otros programas de los cuales yo indique que pueda ser beneficiario para pagar por los servicios prestados a mi hijo a través de los servicios de salud suplementarios en la escuela.

Acepto permitir a Nationwide Children’s Care Connection, CPH y/o OhioHealth acceder a los expedientes académicos, de asistencia y de comportamiento personales de mi hijo de este ciclo y de los ciclos escolares previos para que puedan prestarle un mejor servicio a mi hijo.

NO acepto permitir a Nationwide Children’s Care Connection, CPH y/o OhioHealth acceder a los expedientes académicos, de asistencia y de comportamiento personales de mi hijo de este ciclo y de los ciclos escolares previos para que puedan prestarle un mejor servicio a mi hijo.

**Antecedentes médicos (debe ser completado por un padre/tutor legal):**

**Alergias:**

¿Tiene su hijo alguna alergia? (por favor, marque y explique a continuación):  No  Sí

Alérgico a	Reacción	Tratamiento recomendado (EpiPen, Benadryl, llamar al 911, etc.)
<input type="checkbox"/> Medicamentos:		



Alérgico a	Reacción	Tratamiento recomendado (EpiPen, Benadryl, llamar al 911, etc.)
<input type="checkbox"/> Alimentos: _____		
<input type="checkbox"/> Picaduras/mordeduras de insectos:		
<input type="checkbox"/> Látex		
<input type="checkbox"/> Materiales acrílicos/plásticos		
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

**Medicamentos (en casa y en la escuela, a diario y según sea necesario):**

Nombre del medicamento:	Dosis (mg):	Cuándo se toma:	Por qué se toma:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Mi hijo no toma ningún medicamento** (incluyendo píldoras, medicamentos líquidos, inhaladores, nebulizadores nasales, parches medicinales y medicamentos de venta libre sin receta)

**Problemas médicos e inquietudes relacionadas con la salud (marque todos los que correspondan y explique a continuación)**

**General:**  Varicela (edad: \_\_\_\_\_)  Mareos/desmayos/desvanecimientos  
 Otros problemas/inquietudes de carácter general: \_\_\_\_\_

**Piel:**  Problema cutáneo: \_\_\_\_\_

**Ojos, oídos, nariz, garganta, boca:**  Problema de los ojos, oído, nariz, garganta, boca: \_\_\_\_\_

**Corazón:**  Problema cardíaco: \_\_\_\_\_

**Sangre:**  Anemia de células falciformes  Problema del sistema inmunitario: \_\_\_\_\_  
 Trastorno de coagulación: \_\_\_\_\_  Otro trastorno hepático: \_\_\_\_\_

**Endocrino, hormonas:**  Diabetes:  Tipo 1  Tipo 2  Prediabetes  
 Otro problema endocrino: \_\_\_\_\_

**Cerebro, sistema nervioso:**  Antecedentes del síndrome de Guillain-Barré  Convulsiones (epilepsia), fecha del último episodio de convulsiones: \_\_\_\_\_  
 Otro problema del cerebro o del sistema nervioso: \_\_\_\_\_

**Psicológico, estado de ánimo:**  Problema psicológico o de estado de ánimo: \_\_\_\_\_

**Reproductivo, genital:**  Embarazo  Otro problema reproductivo o genital: \_\_\_\_\_

**Huesos, músculos:**  Problema óseo o muscular: \_\_\_\_\_

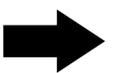
**Pulmones y respiración:**  Asma  Fibrosis quística  
 Otro problema pulmonar o de la respiración: \_\_\_\_\_

**Estómago, digestión, hígado:**  Enfermedad hepática  Otro problema del tubo digestivo o del estómago: \_\_\_\_\_

**Vejiga, sistema urinario, riñón:**  Enfermedad renal  Otro problema de la vejiga o urinario: \_\_\_\_\_

Por favor, **explique todos los problemas médicos** señalados en la sección de problemas médicos y de inquietudes relacionadas con la salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Vacunas:**

En el caso de los niños menores de 9 años de edad, ¿ha recibido el niño 2 o más dosis de la vacuna contra la gripe estacional antes del 1 de julio de 2016? (si no está seguro, marque "No")  Sí  No  N/C

¿Vive o tiene un contacto cercano el niño con alguna persona cuyo sistema inmunitario esté gravemente debilitado y que deba permanecer en aislamiento de protección (por ejemplo, una habitación de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?  Sí  No

¿Ha recibido el niño una vacuna SPR (sarampión, rubéola, paperas), una vacuna contra la varicela o la fiebre amarilla, una vacuna oral contra la polio o una vacuna Flumist contra la gripe en los últimos 30 días?  Sí  No

En el último año, ¿ha recibido el niño una transfusión de sangre o hemoderivados, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un fármaco antivírico?  Sí  No

En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamentos que afectan el sistema inmunitario, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer, medicamentos contra la artritis reumatoide, la enfermedad de Chron o la psoriasis, o se ha sometido a radioterapia?  Sí  No

¿Tiene antecedentes de reacciones graves a las vacunas?  Sí  No  
En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Proveedores médicos**

Proveedor de atención primaria  
(médico, enfermera practicante, clínica, etc.)

Dirección del proveedor

Núm. de tel. del proveedor

Farmacia preferida

Núm. de tel. de la farmacia

Enumere otros médicos o especialistas de los que su hijo sea paciente, aparte de su proveedor de atención primaria:

Nombre del proveedor (médico, enfermera practicante, clínica, etc.) Dirección del proveedor Núm. de tel. del proveedor

Nombre del proveedor (médico, enfermera practicante, clínica, etc.) Dirección del proveedor Núm. de tel. del proveedor

**Seguro médico**

Por favor, verifique qué compañía aseguradora cubre a su hijo, o firme a continuación si cree que su hijo no tiene seguro. Algunos servicios de salud suplementarios en la escuela se ofrecen sin costo a las familias independientemente de que el estudiante tenga seguro o capacidad para pagarlos. Podría recibir una factura por algunos servicios si el seguro no los cubre (consulte la hoja adjunta *Información para padres y estudiantes sobre los servicios de salud suplementarios en la escuela*).

Planes de atención administrada de Medicaid (marque uno a continuación): Núm. de ID del plan de atención administrada: \_\_\_\_\_



Medicaid de Ohio: Núm. de MEDICAID (12 dígitos): \_\_\_\_\_

El estudiante carece de seguro médico (firme aquí para solicitar una exención por dificultades económicas)  
FIRME AQUÍ: No puedo pagar por los servicios médicos: X \_\_\_\_\_

Seguro privado (otro aparte de Medicaid):  
Información de la tarjeta del seguro: Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_  
Núm. de suscriptor o de miembro: \_\_\_\_\_ Núm. de grupo: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona titular del seguro que cubre al menor: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del adulto asegurado: \_\_\_\_\_ Número de teléfono en la tarjeta del seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección para reclamaciones en la tarjeta del seguro: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE:**

\_\_\_\_\_ CPH AOD \_\_\_\_\_ CPH IZ \_\_\_\_\_ CPH STI \_\_\_\_\_ NCH BH \_\_\_\_\_ OhioHealth  
\_\_\_\_\_ CPH Sealants \_\_\_\_\_ CPH flu, Tdap, MCV4 \_\_\_\_\_ CPH PREG \_\_\_\_\_ NCH Primary Care

**FOR SCHOOL USE:** Room #: \_\_\_\_\_